

387

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 26 Juillet 1889, à une heure

PAR

E. MENNE

Né à la Chapelle-en-Blézy (Haute-Marne), le 15 octobre 1860.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU PROLAPSUS DU RECTUM

Président : M. TRÉLAT, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{PINARD, professeur.} \\ \text{RECLUS, SEGOND, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554031_0020

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.		
Professeurs	MM.		
Anatomie.....	FARABEUF.		
Physiologie.....	CH. RICHET.		
Physique médicale.....	GARIEL.		
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.		
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.		
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.		
Pathologie médicale.....	DAMASCHINO.		
	DIEULAFOY.		
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.		
	LANNELONGUE.		
Anatomie pathologique.....	CORNIL.		
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.		
Opérations et appareils.....	DUPLAY.		
Pharmacologie.....	REGNAULD.		
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.		
Hygiène.....	PROUST.		
Médecine légale.....	BROUARDEL.		
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	PINARD.		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.		
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUSS.		
	G. SEE.		
Clinique médicale.....	POTAIN.		
	JACCOUD.		
	PETER.		
	GRANCHER.		
Clinique des maladies des enfants.....	BALL.		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.		
Clinique des maladies du système nerveux.....	RICHET.		
	VERNEUIL.		
Clinique chirurgicale.....	TRELAT.		
	LE FORT.		
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.		
Clinique d'accouchements.....	TARNIER.		
Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT..			
Agrégés en exercice.			
MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	HANOT.	POIRIER, chef des	RIBEMONT-DESSAIGNES
BLANCHARD.	HANRIOT.	travaux anatomiques	ROBIN Albert.
BOUILLY.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
BRUN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	TROISIER.
BUDIN.	KIRMISSON.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	LANDOUZY.	RECLUS.	
CHAUFFARD.	MAYGRIER.	REMY.	
DEJERINE.	PEYROT.	REYNIER.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Le prolapsus du rectum est un accident peu commun et ordinairement sans gravité, néanmoins il peut à un moment donné créer au praticien de sérieux ennuis. Ce n'est point que celui-ci se trouve désarmé ; les médications sont variées, les procédés opératoires nombreux ; les uns et les autres ont donné des résultats dans les formes les plus atténuées de l'affection : les formes graves font trop souvent « le tourment du médecin comme elles font celui du malade »

Aux anciennes méthodes de traitement sont venues en ces derniers temps se joindre de nouvelles ; elles sont encore peu connues. Nous croyons faire œuvre utile en les passant en revue dans une étude succincte et complète du prolapsus.

Nous étudierons l'anatomie pathologique, l'étiologie, la symptomatologie, le traitement de cet accident, en insistant particulièrement sur le dernier chapitre.

Nous relaterons plusieurs observations dont une fort intéressante d'un cas que nous eûmes l'occasion d'observer dans le service de notre excellent maître, M. le Dr Péan.

Nous adressons ici à M. le professeur Grancher,

ainsi qu'à MM. Bouilly, Segond et Campenon, tous nos remerciements pour l'enseignement précieux qu'ils nous ont donné à l'hôpital Necker.

Que nos autres maîtres, MM. les D^r Ferrand et Simon, auprès desquels nous avons rempli les fonctions d'externe, reçoivent également l'assurance de notre profonde reconnaissance.

Ce nous est un devoir agréable de remercier M. le D^r Secheyron, professeur suppléant à l'école de médecine de Toulouse, qui a bien voulu nous guider de ses conseils éclairés.

Que Monsieur le professeur Trélat veuille bien agréer l'expression de notre vive gratitude pour les leçons qu'il nous a données au début de nos études, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

I

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Si nous étudions la hernie rectale, la sortie par l'orifice anal d'une portion plus ou moins étendue de l'intestin, nous constatons que cet accident présente diverses formes.

Dans la forme la plus simple, la muqueuse du rectum, sous l'influence de causes que nous étudierons plus bas, glisse sur les tuniques sous-jacentes auxquelles elle n'est fixée que par des liens très extensibles, et vient franchir l'anus par un phénomène analogue à celui qui se passe chez le cheval au moment de la défécation. Le déplacement commence par les parties les plus inférieures du rectum, c'est-à-dire par celles qui sont le plus rapprochées de l'anus ; puis la cause du déplacement persistant, la zone supérieure attire celle qui est immédiatement au-dessus, et ainsi successivement (Boyer). On voit dans ce cas apparaître à la région périnéale une tuméfaction qui peut se présenter sous différents aspects ; tantôt c'est une sorte de champignon qui, caché derrière l'anneau rectal, ne se montre qu'au moment des efforts qui précèdent et qui suivent la défécation ; tantôt c'est un léger bourrelet

qui borde une partie du pourtour anal ; tantôt enfin c'est une couronne de plis circulaires qui coiffent l'extrémité de l'intestin. Dans tous ces cas la muqueuse détachée glisse vers l'orifice de l'anus comme la doublure trop longue d'une manche d'habit, suivant l'heureuse expression de Gosselin ; en s'adossant à elle-même, elle constitue une tumeur, plus ou moins volumineuse qui mesure habituellement deux à trois centimètres de longueur chez l'adulte, trois à quatre chez l'enfant, et qui se continue directement à son pourtour avec la peau de la marge de l'anus.

A cette forme les auteurs donnent le nom d'éversion ou de prolapsus partiel.

On conçoit que la muqueuse dans ce mouvement de glissement continu et progressif entraîne (1) à sa suite toutes les tuniques intestinales. C'est là ce qui constitue la seconde forme du prolapsus, la chute rectale, qui n'est en définitive que le prolapsus partiel, mais à un degré plus avancé.

Il ne faudrait point croire que la pathogénie de cette seconde forme soit aussi simple que nous venons de l'indiquer, et que la précipitation totale de l'intestin soit toujours la conséquence et comme la seconde étape de la précipitation partielle. L'affaiblissement du sphincter et le relâchement des liens de fixité du rectum notamment peuvent produire d'emblée et en un temps l'issue de toutes les tuniques intestinales réunies,

1. Cruveilhier. *Traité d'anatomic pathologique.*

ainsi qu'on l'observe à la suite de traumatisme, de paralysie...

Pour cette seconde forme la caractéristique anatomique consiste comme pour la première en ce que la partie procidente se continue avec la peau de l'orifice anal.

La tumeur est ordinairement cylindrique, quelquefois ovoïde, d'une longueur de 4 à 10 centimètres ; elle présente à sa partie inférieure une espèce de cratère arrondi, ou en fer à cheval, disposition que Curling attribue à l'effet produit par la traction du mesorectum. Anatomiquement elle résulte de l'adossement des deux parois rectales, puisque le rectum est retourné en doigt de gant et qu'il y a invagination, mais ici c'est « une invagination spéciale, à deux cylindres, où il n'y a pas de gaine externe et dont le collier n'est autre que le sphincter lui-même (Peyrot). »

Que devient le cul-de-sac péritonéal dans ce cas ? Cette question est capitale et domine toute l'anatomie pathologique du prolapsus. « Dans le prolapsus rectal complet, dit Chassaignac, (1) l'extrémité inférieure du cul-de-sac péritonéal, se tient toujours à une assez grande hauteur de la duplicature formée par les tuniques intestinales autres que la séreuse. » A quelle hauteur ? il est impossible de résoudre ce problème, il est insoluble. « La détermination exacte du cul-de-sac péritonéal, continue cet auteur, ne peut se faire rigoureuse-

1. *Traité des opérat. chirurgicales*. Tome II.

ment ; en un mot il n'y a point d'indice clinique certain et absolu du point précis de cette limite, ce n'est que par tâtonnement et par approximation que l'on peut arriver à tomber au-dessous de ce cul-de-sac. Le parti sur lequel le chirurgien doit incliner, c'est évidemment de rester en deçà du cul-de-sac, plutôt que de s'exposer à l'atteindre. »

Nous verrons plus bas, dans le chapitre consacré au traitement, que si la présence du péritoine dans les parties prolabées est souvent une source de dangers pour le malade et de préoccupations pour le chirurgien, elle ne met pas toujours obstacle à une intervention des plus actives, voire même des plus radicales (V. obs. III.)

Supposons maintenant que la partie supérieure du rectum mobilisé, s'insinuant dans l'inférieure restée fixe, par une disposition qui rappelle celle des lunettes (St-Germain) vienne faire saillie à la région anale. Cette saillie constituera une troisième forme du prolapsus, la plus rare, l'invagination.

Cette forme est anatomiquement caractérisée par la présence d'un sillon entre le pourtour anal et la portion prolabée, sillon dans lequel il est possible de faire pénétrer un stylet ; si nous considérons à la partie prolabée deux portions, une portion intra-rectale et une portion extra-rectale, nous constatons que la première est constituée par trois cylindres : un interne, un moyen, un externe fixe qui représenterait l'étui de lunette, tandis que la seconde comprend deux cylindres seulement, mobiles, le cylindre moyen et le cylindre

interne, qui ne sont autre que le boudin de l'invagination. Le pli supérieur ou péritonéal est situé à une distance plus ou moins grande de l'orifice anal et au-dessus ; le pli inférieur ou muqueux, toujours extérieur, est parfois éloigné de l'anus de 10 à 12 cent., suivant la longueur de l'invagination.

Note. — Les différentes formes du prolapsus furent longtemps confondues dans une même description. Saviard, Chaussier, après lui, établirent la distinction du prolapsus muqueux et du prolapsus du rectum muni de toutes ses tuniques.

Dans son traité de pathologie externe Nelaton étudie dans deux chapitres distincts le prolapsus de la muqueuse, et l'invagination.

Sous le terme générique de prolapsus, Duplay décrit les deux variétés de procidence avec Gross sous les noms de prolapsus partiel et de prolapsus total, et avec Gosselin sous ceux de prolapsus muqueux, et de prolapsus invaginé.

Cruveilhier démontra que la continuation de la peau avec la muqueuse des portions prolabées ne constituait pas, contrairement à l'opinion de Vidal de Cassis, le caractère pathognomonique du prolapsus partiel, et cela en établissant la possibilité d'un renversement au niveau de l'anus et d'une invagination à deux cylindres.

Cette dernière forme, avec la précédente, la chute rectale proprement dite, est désignée par les auteurs sous le nom de prolapsus invaginé, ou sous celui de prolapsus total.

II

ÉTIOLOGIE.

Le prolapsus rectal reconnaît des causes diverses qui ont fait l'objet de nombreuses classifications.

Lepelletier de la Sarthe (1) les range en trois classes :

Celles qui amènent le relâchement de la muqueuse et du sphincter.

Celles qui exigent de grands efforts de défécation.

Celles qui produisent l'entraînement mécanique de la muqueuse.

Daniel Mollière les divise en causes déterminantes et en causes prédisposantes qui sont : locales, générales ou dynamiques.

Avec la plupart des auteurs nous dirons qu'elles sont prédisposantes et déterminantes.

I. — *Causes prédisposantes.*

Elles sont inhérentes à l'âge, au sexe, aux tempéraments.

Age. — Ce qui frappe dans l'étiologie du prolapsus

1. Concours de clinique chirurgicale, 1834.

rectal, c'est la fréquence plus grande de l'affection aux âges extrêmes de la vie, dans la vieillesse et dans l'enfance. Des considérations d'ordre anatomique nous rendent compte de ce qui se passe chez les enfants. Chez eux en effet le rectum très volumineux par rapport au développement du bassin ne se trouve point soutenu comme chez l'adulte dans un sinus curviligne ; mollement adossé à un sacrum droit ou presque droit auquel il n'est attaché que par des liens d'une faiblesse extrême, il est pour ainsi dire pendant au milieu de l'excavation pelvienne. Dans cette situation il est directement soumis à l'action des efforts expulsifs qui doivent chasser le bol fécal et il tend à s'échapper avec lui de l'orifice anal. La laxité des tissus qui unissent la muqueuse aux couches musculaires de l'intestin, serait beaucoup plus marquée dans l'enfance qu'à toute autre époque de la vie et contribuerait, pour une large part, d'après Giraldès (1), à la production du prolapsus. Duchaussoy (2) a accusé la faiblesse du sphincter.

D'autres motifs d'ordre pathologique ont été mis en avant : la diarrhée, les polypes du rectum, les affections vermineuses, les quintes de toux, ne sont pas rares dans la première enfance et bien capables de provoquer des impulsions vers l'anús et en même temps la sortie des intestins.

Chez les vieillards le prolapsus reconnaît des causes

1. Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants.

2. De la cause immédiate et du traitement de la chute du rectum chez les enfants. *Arch. gén. de médecine*, 1853, t. II, p. 320.

d'une toute autre nature : il est intimement lié à l'affaiblissement du sphincter et des muscles élévateurs de l'anus, ainsi qu'à l'atonie générale des tissus environnants. Si on considère que les habitudes sédentaires, la diminution des sécrétions intestinales, en même temps que l'affaiblissement des mouvements peristaltiques du rectum et des autres portions du tube digestif provoquent souvent chez eux une constipation opiniâtre ; que les accès de toux résultant soit de cardiopathies anciennes, soit de bronchite chronique leur sont des accidents communs ; que les affections des voies urinaires sont leur ordinaire apanage, on ne s'étonnera point de la fréquence de l'affection à cette période de la vie,

Sexe. — Dans l'âge adulte le prolapsus est plus commun chez les femmes que chez les hommes. Cela provient de ce que chez elles le périnée se trouve considérablement affaibli par les efforts répétés de la parturition. Suivant Mollière (1) la véritable cause du prolapsus dans ces cas résulterait de la compression énergique des veines du bassin, laquelle donnerait naissance à un œdème sous-muqueux et consécutivement à un relâchement de la tunique interne de l'intestin. On s'expliquerait ainsi pourquoi le prolapsus de la muqueuse ne se produit presque jamais subitement, contrairement à ce que l'on observe pour la chute du rectum.

1. *Maladies du rectum et de l'anus*, Paris 1887.

Tempéraments. — Le lymphatisme, la scrofule, en produisant un relâchement des différents organes et des tissus de l'économie peuvent entraîner la proci-dence, surtout chez les enfants ; au dire de Curling, le prolapsus qui reconnaît cette origine représenterait une des formes les plus rebelles de l'affection (1).

A la suite de maladies de longue durée ou de pyrexies graves, et notamment dans la convalescence de la fièvre typhoïde, il n'est pas rare de voir se produire chez les individus considérablement amaigris un prolapsus d'ailleurs passager et qui doit disparaître avec le retour des forces et de la santé.

La débilité enfin, la misère, les fatigues excessives doivent aussi entrer en ligne de compte dans l'étiologie de l'affection qui nous occupe.

II. — *Causes déterminantes.*

La diarrhée, la constipation, voilà les deux causes principales de la chute du rectum.

La constipation nécessite de la part de l'intestin et des muscles des parois abdominales des contractions violentes et répétées qui ont pour résultat de faire glisser la muqueuse sur les autres tuniques qui la supportent et de la projeter en dehors de l'orifice anal.

Dans la diarrhée les selles fréquentes produisent en même temps que la congestion et l'œdème de la mu-

1. *Traité des maladies du rectum*, traduction par H. Bergeron, 1883.

queuse un affaiblissement progressif dans la contractilité du sphincter par suite d'excitations trop souvent répétées. Selon Smidt (1) l'abus des drastiques et des grands lavements aurait le même résultat.

Les polypes, les végétations, les hémorroïdes si fréquents à tous les âges et dont l'importance est capitale dans l'étiologie de la maladie qui nous occupe, toutes les tumeurs du rectum en général jouent un rôle facile à comprendre : elles entraînent mécaniquement la muqueuse hors de l'anus, en même temps qu'elles éveillent par leur présence des spasmes continuels. C'est aussi suivant ce mécanisme qu'agissent les fissures et les ulcérations de l'anus.

Les maladies les plus diverses des voies urinaires : cystite, calculs vésicaux, hypertrophie prostatique et rétrécissement uréthral, adhérences préputrales, phimosis ; toutes affections qui obligent les malades à des efforts considérables soit par la dysurie qu'elles produisent, soit par le tenesme qu'elles provoquent peuvent également être incriminées.

Bœckel (2) dans deux cas de rétrécissement congénital a vu le prolapsus rectal se produire sous l'influence des contractions intestinales et de la poussée du bol fécal.

Le relâchement du sphincter enfin peut être la cause primitive du prolapsus rectal. Ce relâchement qui survient souvent par les progrès de l'âge, peut être aussi

1. *Méd. Times and Gaz.*, 1860.

2. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1881.

le résultat de traumatisme, de paralysie, et quelquefois, il faut bien le dire, de rapprochements *a præpostera venere*.

III

SYMPTOMATOLOGIE.

Dans le prolapsus partiel la tumeur n'apparaît ordinairement qu'au moment des gardes-robes, puis rentre après chacune d'elles. Elle se présente sous les aspects les plus divers ; tantôt elle revêt la forme d'une masse plus ou moins sphérique qu'on a pu comparer à une cerise ; enchassée dans l'anneau rectal elle semble toute prête à en sortir ; tantôt, le cas est plus commun, elle apparaît sous la forme de deux ou trois petits replis rougeâtres, mous et humides, nullement douloureux à la pression ; enfin, c'est le cas le plus ordinaire, elle figure assez bien un bourrelet de 2 à 3 centimètres d'épaisseur appendu à l'orifice anal. La tumeur renflée en son milieu, sillonnée de plis circulaires et parallèles est ordinairement brillante, plus ou moins humide, d'aspect velouté ; à son extrémité libre se trouve un orifice froncé qui conduit à l'intestin ; par sa base elle se continue avec la peau sans interposition de rigole circulaire.

Dans le prolapsus invaginé la tumeur est plus volumineuse, d'une longueur de 5 à 9 centimètres ; elle est cylindrique ou globuleuse, traversée parfois de plis

transversaux dus à ce que la muqueuse est plus adhérente en certains points que dans d'autres à la tunique musculaire sous-jacente. L'orifice qui la surmonte, ordinairement arrondi, peut se présenter sous la forme d'une fente antéro-postérieure donnant à l'ensemble de la tumeur l'aspect d'un fer à cheval dont la concavité serait dirigée vers le sacrum. Cette disposition attribuée par Curling à la traction du mesorectum est d'une importance capitale pour le diagnostic, puisque à elle seule elle permet de distinguer le prolapsus du rectum de l'invagination du colon. On peut rencontrer un sillon à la base de la tumeur, mais ce sillon n'existe que lorsque la partie inférieure du rectum a conservé ses rapports avec les parties voisines et que la partie supérieure seule du rectum s'est déplacée.

Tel est l'aspect de la tumeur chez l'adulte et le vieillard. Chez l'enfant le prolapsus est peu de chose ou c'est un long cylindre de 8 à 10 centimètres, à peu près lisse, rouge sombre, et enduit du mucus (St-Germain).

Dans tous les cas, lorsque la procidence est ancienne, la muqueuse irritée par des froissements divers laisse suinter un liquide sero-purulent, rarement sanguin, qui s'écoule sur les cuisses et sur les fesses et donne lieu à un érythème et à des excoriations fort douloureuses et difficiles à guérir.

La marche de l'affection est lente et progressive, du moins chez l'adulte et le vieillard. A son début la réduction des portions prolabées se fait spontanément; mais si la maladie est abandonnée à elle-même, elle

augmente par degré; la tumeur devient de plus en plus grosse, et sa réduction, partant plus difficile, doit être faite par le malade lui-même. Le moindre effort, la toux, les cris, la station verticale, suffisent bientôt à reproduire le prolapsus. Les selles deviennent fréquentes, involontaires, très pénibles. Les douleurs, d'abord sourdes, localisées au périnée s'irradient aux cuisses, et jusqu'aux lombes. A tous ces accidents divers viennent parfois s'ajouter des troubles du côté des voies urinaires, consistant soit en un certain degré d'irritation vésicale, soit en une rétention passagère d'urine. Enfin si la tumeur reste constamment au dehors, la santé s'altère, les digestions se font mal; le malade amaigri, débilité, découragé souvent par l'insuccès de médications variées, se voit obligé de s'aliter; il tombe dans le marasme et meurt, épuisé par la suppuration et la perte de sang.

Chez l'enfant l'affection reste habituellement toute locale.

Complications. — Parmi les complications il en est une qui, par sa fréquence, doit être placée en première ligne, nous avons nommé les hémorroïdes. Qu'elles aient déterminé la descente rectale en entraînant par leur poids la tunique intestinale, ou bien qu'elles soient la conséquence d'une stase veineuse résultant d'une compression plus ou moins serrée de la hernie rectale, elles constituent toujours un danger pour les malades, non seulement par les phénomènes inflammatoires et d'étranglement qu'elles peuvent amener,

mais aussi par les hémorrhagies abondantes auxquelles elles donnent lieu. Il faut reconnaître que si le prolapsus et les hémorroïdes sont fréquemment associées, les pertes sanguines sérieuses ne sont point très communes.

Chez la femme le prolapsus de la matrice coïncide souvent avec le prolapsus rectal ; il résulte tout naturellement de l'affaiblissement du plancher périnéal, commun dans la vieillesse. (Voir trait. procédé de M. Duret.)

Une des complications les plus redoutables, c'est l'irréductibilité de la tumeur.

Chez l'adulte, lorsque le prolapsus est intermittent, et encore à son début, les phénomènes d'étranglement peuvent être observés ; mais ceux-ci, comme tous ceux qui sont liés à un étranglement, par contracture, sont passagers et incapables de produire le sphacèle des parties prolabées. Néanmoins, dans certains cas, il peut se faire que la réduction soit absolument impossible, on voit alors survenir tous les phénomènes qui caractérisent l'occlusion intestinale : le ventre est ballonné, douloureux ; la constipation est opiniâtre, parfois absolue ; le faciès est grippé, le pouls petit et fréquent, etc. ; la portion d'intestin qui n'a pu être réduite se trouve œdématiée, plus ou moins infiltrée de sérosité, et recouverte d'érosions qui peuvent donner lieu à des hémorrhagies sérieuses. Si l'art n'intervient pas toute la partie prolabée peut tomber en gangrène. D'après

Allingham (1) la muqueuse seule s'escharifierait. Malgré tous les dangers qu'un pareil accident fait courrir au malade, il ne faudrait point croire à une issue fatalement funeste; la terminaison par sphacèle peut être un moyen favorable mis en œuvre par la nature pour amener une guérison radicale dans les cas où il n'y a point de rupture intestinale et de péritonite consécutive, mais elle amène toujours un rétrécissement cicatriciel qui siège plus ou moins haut suivant la longueur de la portion prolapsée.

Dans ces cas un taxis bien fait amènera ordinairement la réduction; l'observation qu'à bien voulu nous communiquer M. le Dr Secheyron, nous en fournit un exemple.

OBSERVATION I.

Prolapsus du rectum, étranglement, réduction.

(L. Secheyron, interne.)

Le nommé L., 37 ans, palefrenier. Entré le 26 janvier 1885. Hôpital St-Louis. (service de M. Le Dentu).

C'est un homme fort et robuste qui n'a jamais été malade. Pendant le siège de Metz des accidents dysentériques assez violents déterminent chez lui un prolapsus. Emmené

1. *Maladie du rectum*, traduction française de Poinso, Paris, 1877.

en captivité à Cologne, il y reçut pendant 15 jours les soins que réclamait son état.

Depuis 3 à 4 mois le malade s'aperçoit qu'il rend du sang et du pus dans ses garde-robes et que ses linges sont tachés.

Il y a 4 jours, à la suite d'une diarrhée abondante, il constate l'apparition d'un prolapsus, qu'il tente, mais en vain, de réduire. Il continue néanmoins de vaquer à ses occupations pendant 2 jours. Au 4^e jour, après 24 heures de repos, alarmé de son état, et tourmenté par des selles fréquentes, involontaires même, il se décide à entrer à l'hôpital.

État local. — Si on examine la région périnéale, on constate appendue à l'anus une tuméfaction d'aspect muqueux, sans sphacèle, du volume d'une forte pomme d'api, d'une hauteur de 5 centimètres environ. Le centre de la tumeur présente un orifice allongé d'une longueur de 2 cent. Sur le pourtour de cette tumeur on peut voir un bourrelet rouge sombre en continuité avec la muqueuse rectale prolabée; le bourrelet muco-cutané n'est autre que l'anus renversé.

Il s'agit d'un prolapsus rectal étranglé. La tumeur herniée est dure, gonflée, douloureuse; elle cède sous l'influence d'une pression douce, continue, effectuée d'abord à sa base. Le prolapsus rentre avec assez de facilité. Aussitôt le malade est soulagé.

Des compresses d'eau froide sont appliquées sur le périnée. Des lavements d'eau froide sont administrés tous les soirs.

Guérison et sortie le 6 février.

Chez les vieillards les accidents sont différents; chez eux, en effet, l'orifice anal, considérablement affaibli par la parésie et par la dégénérescence graisseuse des fibres sphinctériennes, offre une porte largement ouverte pour la sortie des intestins. Ici, ce n'est point la réduction qui est difficile, mais bien le maintien de cette réduction. Les parties prolabées, qui ont perdu droit de domicile, sont sans cesse exposées au contact des vêtements et à l'action de l'air; elles ne tardent point à devenir le siège d'une infiltration séreuse et d'ulcérations qui versent un pus fétide. Il n'est pas rare dans ces cas de voir l'irréductibilité survenir à la suite d'accidents inflammatoires violents, qui peuvent donner lieu en se propageant à la séreuse abdominale soit à une péritonite généralisée, soit à la phlébite et à l'infection purulente (Duplay).

Cependant certains malades atteints de prolapsus irréductible peuvent vivre pendant de longues années sans présenter d'accidents graves, ainsi qu'il résulte de l'observation suivante que nous devons à l'extrême obligeance de M. le Dr Seheyron.

OBSERVATION II.

Prolapsus rectal irréductible. Cautérisation transcurrente.

L. Seheyron, interne.

J., 69 ans, journalière. Entrée le 29 décembre 1884.
Hôpital St-Louis, (service de M. Le Dentu).

Rien de saillant dans les antécédents héréditaires. Son père est mort à 88 ans d'une fracture de cuisse ; sa mère a succombé à un asthme (?) après une longue maladie ; elle avait 79 ans.

La malade a toujours joui d'une bonne santé dans son enfance ; toutefois vers l'âge de 3 ans, elle aurait eu un peu de prolapsus. Menstruation à 12 ans ; ménopause à 52 ans. Elle a eu trois enfants qui sont tous bien portants.

Entre 30 et 40 ans elle fut sujette à des migraines violentes.

Depuis 22 ans est survenu un prolapsus rectal, qui s'est accru peu à peu ; depuis 4 ans, il se trouve dans le même état.

Pas d'hémorroïdes, constipation habituelle. Elle rend du pus dans les selles depuis plusieurs années.

La malade n'a pas maigri, elle est au contraire très corpulente, de bonne santé. Elle éprouve quelques vomissements, les digestions sont lentes, douloureuses parfois.

Pas de varices.

La partie inférieure du rectum a perdu droit de domicile ; elle sort au moindre effort sur une étendue de 8 centimètres, et formé comme un boudin violacé, tuméfié, recouvert de mucosités sanguinolentes.

Pendant un mois tous les deux jours, injection d'ergotine — une seringue de Pravaz, solution Yvon — pas de résultat.

9 mai 1885, après chloroformisation, 10 à 12 raies de feu sont appliquées au thermo cautère, les unes verticales, les autres transversales.

25 mai 1885, une opération nouvelle est jugée nécessaire ; elle est suivie d'une suppuration abondante.

La malade, non guérie, sort sur sa demande.

Note. — Dans ce cas et dans les cas semblables peut-être pourrait-on appliquer avec succès l'un des procédés opératoires indiqués à la fin de ce travail ?

Enfin, il est une complication importante et qui a été probablement méconnue dans un grand nombre de cas (Trélat)(1). Nous voulons parler de l'existence concomitante d'une hernie intestinale dans le cul-de-sac péritonéal, entraîné en même temps que la tumeur. Cette hernie, qui a été étudiée par Uhde (2) sous le nom d'hédrocèle, siège à la partie antérieure du prolapsus dans le cul-de-sac recto-vésical chez l'homme, et dans le cul-de-sac recto-vaginal chez la femme. Baum, Diefenbach, Pockels, Schreger, en ont cité des exemples. Allingham aurait rencontré 7 fois cette complication, qu'il est d'ailleurs facile de diagnostiquer à un examen attentif ; la consistance, la sonorité, l'augmentation par la toux (Gosselin), le gargouillement en sont des symptômes communs à toutes les hernies ; de plus, le prolapsus ainsi modifié dans sa constitution prend une forme globuleuse, ou celle d'une crosse à

1. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 3^e série, L. II, 1875.

2. Langendek's, *Arch. für klinische chirurgie*. Berlin, 1867, T. IX, 1^{er} livre. (Voir résumé du travail de Uhde dans *Gaz. hebdomadaire*, 1867, p. 606).

direction antéro-postérieure; l'orifice en est reporté en arrière et regarde le sacrum.

Diagnostic. — Le diagnostic du prolapsus rectal par rapport aux autres affections d'un aspect analogue, les hémorroïdes et les polypes, n'est pas difficile. Les hémorroïdes sont souvent sessiles, bosselées, plus ou moins tendues, bleuâtres; elles saignent au moindre contact. Quant aux polypes, ils sont pédiculés et ne présentent point d'orifice central.

Le diagnostic des différentes formes de prolapsus entre elles offre plus de difficultés. Il ne saurait y avoir d'hésitation au sujet de l'existence d'un prolapsus partiel quand la tumeur est à peine procidente, quand c'est un petit bourrelet, ou quand elle affecte la forme de plis latéraux. De même, si la tumeur est volumineuse, à parois épaisses, rebelle à tous les traitements, si elle dépasse une longueur de 5 à 6 cent., il est à présumer que le prolapsus est complet. La présence d'un sillon circulaire à la base de la tumeur fera facilement reconnaître l'invagination.

Le prolapsus compliqué d'hédrocèle présente des caractères trop nets pour passer inaperçu.

IV

TRAITEMENT

Une réduction bien faite, certaines précautions, de petits artifices peuvent souvent dans le prolapsus rectal donner les meilleurs résultats, comme aussi parfois ils ne font qu'atténuer les inconvénients d'une infirmité définitivement constituée. Ces moyens, ces artifices, nous les étudierons sous le titre de traitement prophylactique et palliatif. Nous rangerons dans deux autres chapitres les médications et les procédés opératoires qui ont été imaginés dans le but d'obtenir une guérison plus ou moins radicale.

I. — *Traitement prophylactique et palliatif.*

Pour empêcher le retour du prolapsus il suffira souvent de rentrer les parties prolabées, de faire la réduction.

La position à donner au malade pour cette opération varie, comme les manœuvres du taxis, suivant les cas et le chirurgien.

Théodore et Gerdy ont conseillé d'étendre le malade

dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le tronc, le siège élevé comme pour la réduction des hernies abdominales.

« Les femmes du peuple, dit Vidal de Cassis, qui veulent faire rentrer le boyau à leurs enfants, les placent entre leurs jambes, les fesses relevées, et elles malaxent la tumeur qu'elles finissent par faire rentrer. »

On peut aussi donner au patient dans le cas, où l'on n'a pas besoin de l'anesthésie chloroformique, la position genu-pectorale (Ashton). Dans cette situation comme dans celles que nous venons d'indiquer, les viscères sont entraînés par leur propre poids contre les parois diaphragmatiques et la pression abdominale se trouve sensiblement diminuée.

Quant aux manœuvres du taxis, elles varient à l'infini ; la plupart des auteurs s'accordent à dire qu'elles doivent être faites avec douceur, lenteur, et patience. A l'exemple de Boyer, on pourra, le doigt indicateur recouvert d'un linge cératé et introduit dans l'orifice anal, refouler en haut et en arrière la tumeur, qui sera maintenue réduite par l'application sur le périnée de la main restée libre ; Bell se servait d'un cornet de papier huilé sur sa face externe. On profitera du moment où le malade exécute une grande inspiration pour faire rentrer la portion prolabée.

Un taxis modéré, avec ou sans anesthésie chloroformique, suffira ordinairement pour obtenir la réduction ; en présence de cas plus rebelles, les applications froides, émollientes, des cataplasmes de farine de lin,

arrosés avec une solution aqueuse d'extrait de Belladone par exemple, les antispasmodiques à l'intérieur donneront de bons résultats (Mollière). Les sangsues ont été appliquées, des scarifications ont été faites sur le pourtour de la région anale comme sur la tumeur elle-même : peut-être y a-t-il quelque danger à provoquer des hémorrhagies sur des parties enflammées, volumineuses au moment où elles vont échapper à l'observation.

Le débridement (Delpech, Velpeau) est rarement indiqué.

Beaucoup de chirurgiens, pour faciliter la réduction, emploient les astringents. Ils appliquent sur la muqueuse soit une solution d'alun, de sulfate de fer, soit une solution d'écorce de chêne, de roses de Provins, etc.

Peigné aurait obtenu une cure radicale en saupoudrant la muqueuse rectale d'un mélange pulvérulent de sucre candi, d'alun et de calomel.

Ces mêmes substances introduites dans le rectum, soit sous forme d'injection soit sous forme d'insufflation, sont également utiles pour assurer la réduction.

Heister donnait les astringents en fumigations. Les médicaments (encens, poivre), étaient brûlés dans une chaise percée sur laquelle on faisait asseoir les malades.

Lorsque le prolapsus a été réduit, on doit chercher à en prévenir le retour par des moyens appropriés à la cause dont il relève. Ceux-ci tirent leurs in-

dications et de l'état général des malades et de leur état local. Aux enfants faibles, débilité, scrofuleux, un régime tonique, les amers, les ferrugineux sont ordonnés avec avantage. On s'efforcera de prévenir les efforts violents de la garde-robe, en maintenant le ventre libre avec les lavements et les laxatifs ; l'opium, le bismuth seront administrés contre les accidents diarrhéiques. Les polypes, les hémorroïdes seront abrasés. Les boissons amères, le calomel, la tanaïsie expulseront les vers qui titillent le rectum et en excitent les contractions.

Il faudra veiller à ce que les enfants ne restent pas trop longtemps accroupis lorsqu'ils iront à la garde-robe.

On a cherché à diminuer autant que possible l'intensité des efforts au moment de l'expulsion des fèces, et dans ce but on a conseillé la défécation entre deux aies très étroites (Dionis), debout (Paré), assis sur une chaise assez élevée pour que les pieds ne touchent pas le sol, dans le décubitus dorsal et dans le décubitus latéral.

Nous ne sommes entrés dans tous ces détails, qui paraîtront peut-être bien minimes et inutiles, que parce que nous sommes convaincus de leur importance dans le traitement du prolapsus et plus particulièrement du prolapsus infantile. Car il ne faudrait point chez les enfants recourir de suite à des moyens sanglants ; dans la majorité des cas, la mère étant soigneuse et attentive, les bains de rivière, les lavements

froids, un ballon garni de glace (Diday) qu'on introduira dans le rectum, les opiacés, les douches ascendantes à fort jet (St-Germain)(1), les suppositoires au beurre de cacao et au tannin, une réduction bien faite et l'application d'un simple bandage en T amèneront une guérison immédiate et qui ne se démentira pas.

Chez l'adulte, et surtout chez les vieillards, ces moyens ne seront que trop souvent palliatifs, et une intervention chirurgicale s'imposera. Dans les cas où celle-ci ne donnerait point de résultats, ou ne donnerait que des résultats insuffisants pour empêcher la reproduction du prolapsus, on devra se borner à maintenir la tumeur réduite à l'aide d'un appareil, et l'on pourra s'adresser soit aux bandages soit aux pessaires. Parmi les appareils nous ne nommerons que les plus connus, celui de Boyer et celui de Cloquet. Blegny et Luret se servaient en guise de pessaire d'une vessie remplie d'air, Gervais d'un morceau de liège soigneusement poli et arrondi.

Tous ces appareils mettent plus ou moins obstacle à la chute rectale, et sont, dans certains cas, d'absolue nécessité ; mais il faut convenir qu'ils ne concourent en rien à la guérison définitive de l'affection, puisqu'ils ne peuvent que diminuer la tonicité sphinctérienne, qui n'est déjà que trop affaiblie. Dans un cas de prolapsus permanent, le bandage hémorroïdal de Mathieu, ou plus simplement une mèche de charpie

1. *Chirurgie des enfants*, 1884.

portée dans le rectum et maintenue par un bandage en T, atteindra mieux le but qu'on se propose (Duplay).

II. — *Traitement médical*

Sous le titre de traitement médical nous décrirons les trois moyens suivants : la strychnine, l'électricité, l'ergotine. Tous trois ont pour but de s'opposer à la sortie de l'intestin en rendant au sphincter la tonicité qu'il a plus ou moins perdue.

Strychnine. — C'est Schwartz (1) qui le premier en 1836 préconisa chez les enfants l'emploi de la noix vomique à petite dose. Il fait une solution de 5 ou 10 centigr. de noix vomique dans 8 gr. d'eau distillée dont il donne toutes les quatre heures de 2 à 15 gouttes, suivant l'âge des malades.

Duchaussoy (2) nous raconte lui-même comment il fut amené à l'emploi de la noix vomique par la méthode endermique. Il avait remarqué dans le service de Guersant, dont il était l'interne, qu'à la suite de l'application, sur le pourtour anal, de 4 boutons de feu suivant le procédé du maître, procédé que nous décrirons plus loin, les doigts introduits dans le rectum éprouvaient au niveau de l'anus une constriction dont il n'y avait point de trace avant l'opération.

Il en conclut que le prolapsus était intimement lié

1. *Bulletin de thérapeutique*, 1836.

2. *Ibid.*, 1855.

au relâchement du sphincter et que le fer rouge n'agissait que comme excitant de la fibre musculaire en lui rendant sa contractilité normale. De là son idée de substituer à la cautérisation un autre excitant, au fer rouge la noix vomique ou plutôt son alcaloïde. Voici son procédé : Il met dans un dé à coudre une petite boulette de coton imbibée d'ammoniaque et établit à la marge de l'anus deux vésicatoires, l'un à la partie inférieure du sillon interfessier, l'autre à la racine des bourses ; il saupoudre les parties dénudées avec 1 centig. de sulfate de strychnine ; au bout de 3 semaines de traitement, la dose est portée à 2 et quelquefois à 3 centigrammes.

Dolbeau et Foucher (1) eurent recours à la strychnine par la méthode hypodermique. Chez 6 enfants, ils injectèrent trois gouttes d'une solution au millième ; ils eurent 6 guérisons complètes et immédiates, mais probablement toutes temporaires (Giraldès) (2).

Cette médication par la noix vomique paraît néanmoins avoir donné quelques heureux résultats, surtout chez les enfants ; malheureusement, elle n'est point exempte de dangers ; on l'aurait vu produire des raideurs tétaniques, des soubresauts et même des convulsions, et, dans son emploi suivant le procédé de Dolbeau, en dehors des douleurs inhérentes au manuel opératoire, des accidents d'inflammation. Aussi

1. *Bulletin de therap.* 1868.

2. *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*, 1869.

certain auteurs estimant l'action locale de la noix vomique comme toute hypothétique, sont-ils d'avis de s'en tenir à l'administration de ce médicament par la voie interne (Mollière).

Electricité. — Localisée au sphincter anal et sous forme de faradisation, l'électricité a été proposée par Duchesne (1) (de Boulogne), qui chez un malade du service de Boyer aurait vu le sphincter recouvrer en 10 séances une partie de sa tonicité.

Demarquay (2) aurait obtenu les meilleurs résultats de l'électro-puncture.

Gosselin (3) a également obtenu un succès par cette méthode : il fait passer un courant intermittent à travers deux aiguilles enfoncée dans le sphincter de chaque côté de l'anus ; les séances d'abord espacées d'un jour, ont ensuite lieu quotidiennement ; elles sont de deux minutes.

On a reproché à ce procédé d'être douloureux et d'être bien capable, chez les enfants surtout, de provoquer des cris qui ne peuvent qu'exagérer l'état morbide qu'on veut combattre.

Ergotine. — C'est en 1876 que le Dr Vidal a commencé ses premiers essais de traitement du prolapsus hémorroïdo-rectal. Il emploie une solution d'ergotine au 6° et injecte à 6 mill. de l'anus 15 à 20 gouttes de cette solution. Cette médication préconisée

1. *Bulletin de thérapeutique*, 1853.

2. *Revue de thérapeutique méd. chirurgicale*, 1855.

3. *Clinique de chirurgie*, t. III.

dans la thèse du Dr Detourbe (1880) et dans celle du Dr Jette (1882) aurait donné des guérisons complètes entre les mains de Guyon, Ferrand, Halmagrand, Laurent, etc. Nous devons dire que les abcès à la suite des piqûres ne seraient point extrêmement rares.

III. — *Traitement chirurgical.*

Les procédés opératoires mis en usage pour le traitement du prolapsus rectal s'adressant soit aux portions prolabées dans le but de les détruire plus ou moins totalement, ou de leur faire contracter des adhérences soit à l'orifice anal dans le but de le rétrécir, nous ferons de leur exposition l'objet de deux chapitres distincts : dans un troisième nous rangerons sous le titre de « Procédés s'adressant à la portion prolabée et au sphincter » une série de méthodes relativement nouvelles et qui sont encore peu connues.

A. — *Procédés s'adressant aux portions prolabées.*

Cautérisation.

a. — Par le fer rouge.

Cette méthode fort répandue en tout temps était la seule connue des anciens. C'était celle de Marc Aurèle Séverin. Les chirurgiens modernes ne l'ont point abandonnée, ils en ont seulement varié l'emploi presque à l'infini ; aussi n'avons-nous pas la prétention de re-

lâter ici tous les procédés qui ont été préconisés. Les uns avec Kluyskens et Burgrave, voulant détruire la tumeur dans sa totalité, introduisent dans son centre un ou plusieurs cautères rougis à blanc qu'ils maintiennent sur les parties procidentes jusqu'à leur complète réduction en eschares. D'autres se proposent simplement d'obvier au renversement de l'intestin en provoquant un rétrécissement : c'est la méthode de Béginet et de Sedillot. L'intestin étant préalablement réduit, ils introduisent par l'orifice anal un cautère olivaire qui se met en contact intime avec la muqueuse sous l'influence de la contraction du sphincter ; le cautère éteint est remplacé par un autre. Malgaigne procède de la même façon, avec cette différence qu'il ne rentre point la tumeur pour l'opérer, mais la fait saillir en dehors le plus possible (1). Celle-ci étant fortement fixée et maintenue il introduit dans son centre un cautère en roseau. Ce procédé au lieu de provoquer le rétrécissement au niveau de l'anus, comme il arrive dans le procédé que nous venons de décrire, le fait naître dans un point beaucoup plus élevé, suivant la longueur du prolapsus, ce qui est loin de constituer un avantage pour cette dernière méthode.

Bryant pratique des raies de feu sur la tumeur au moyen du thermocautère.

Desgranges emploie également la cautérisation linéaire, mais il protège les parties voisines de celles

1. Malgaigne, *Médecine opératoire*, t. II.

qu'il veut intéresser à l'aide d'un speculum bivalve.

Gaujot (du Val-de-grâce) a employé une méthode de cautérisation suivant un mode un peu spécial, qui nous a été décrit par un de ses élèves (Boutié, *thèse de Paris*, 1873). Avec un cautère cutellaire il trace sur les faces latérales de la tumeur et suivant sa longueur deux raies de feu qui, intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse, donnent lieu à une eschare qui ne doit pas dépasser un travers de doigt, puis à une cicatrice formée aux dépens du tissu sous-muqueux.

Il ne faut jamais cautériser la face antérieure de la tumeur, on évite ainsi de provoquer des inflammations du bulbe ou du col de la vessie.

Il est un procédé précieux et fort vanté : c'est celui de Smidt que nous donnons ici tel qu'il est exposé par son auteur :

« Les parties malades dont une injection préalable a déterminé l'issue au dehors sont saisies séparément avec une pince et confiées à un aide. Les parties sont alors saisies à travers les cuillers d'un clamp, dont la vis est rapidement et fortement serrée. Tout ce qui dépasse est excisé avec des ciseaux. On sèche les parties avec une éponge, et on applique soit l'acide nitrique fumant, soit le cautère actuel, mais de telle façon que l'agent modificateur soit mis en contact avec toute la surface sectionnée. Lorsque ceci est terminé, on desserre les cuillers, et, s'il n'y a pas d'hémorrha-

1. *The surgery of the rectum*, 1871.

gie, on laisse les parties rentrer dans l'anús, après les avoir soigneusement huilées. Si au contraire un point donne encore un peu de sang, on resserre la vis et on applique de nouveau la cautérisation jusqu'à ce que le sang soit parfaitement arrêté. Puis on introduit le doigt dans le rectum, dans le triple but de rendre la réduction aussi parfaite que possible, de comprimer les points qui peuvent encore donner encore un peu de sang, enfin d'exciter les contractions du sphincter. J'introduis en même temps un suppositoire opiacé. »

On peut aussi, à l'exemple de Van Buren, appliquer le cautère soit sous forme de cautérisation ponctuée, soit sous forme de cautérisation linéaire intéressant en même temps les portions prolabées et le pourtour du cercle anal.

b. — Par les acides.

C'est une médication fort active et qui, chez les enfants surtout, a donné les meilleurs résultats, lorsque les moyens purement prophylactiques avaient échoué. Les agents chimiques les plus divers ont été prônés tour à tour. Broxhohm (1), avec Joesche (2), a préconisé l'acide nitrique; Desmet, le caustique de Vienne; d'autres ont vanté soit l'acide phénique, soit l'acide chromique, soit encore le nitrate acide de mercure.

Voici comment procède Allingham chez les enfants : le patient étant chloroformé, à l'aide d'un pinceau trempé dans l'acide nitrique il touche toute la portion

1. *Gaz. hebdomadaire*, 1865.

2. *Gaz. des hôpitaux*, 1884.

prolabée en ayant soin de ne point intéresser la surface-cutanée du voisinage. Puis, les parties étant huilées largement et rentrées dans le rectum, il introduit dans ce dernier un bourdonnet de ouate qu'il maintient à l'aide d'un tampon fortement appliqué sur l'anus. Le tampon est lui-même soutenu par une lanière de diachylon. Les fesses sont, de leur côté, rapprochées l'une de l'autre à l'aide d'un bandage. On a soin d'administrer au malade les astringents à haute dose et de le placer dans le décubitus dorsal. Après quatre jours, on enlève le pansement et on donne de l'huile de ricin. Généralement, le prolapsus ne se reproduit pas si l'on a soin de prendre au moment des garde-robe de l'enfant les précautions usitées en pareil cas.

Le traitement d'Allingham a été modifié ou plutôt complété par Delens (1), qui y a ajouté, pour prévenir la récurrence, l'électrisation du sphincter.

Aichin (2) introduisait dans le rectum un speculum dont il écartait les deux valves, puis il glissait dans son intérieur un bourdonnet imbibé d'acide nitrique. Au bout de 10 secondes, il remplaçait le bourdonnet par un morceau de glace enveloppé dans un linge. De cette façon il obtenait des eschares linéaires.

Les caustiques constituent une précieuse ressource pour le médecin ; malheureusement, leur emploi est

1. *Gaz. des hôp.*, 1855.

2. *Gaz. des hôp.*, 1855.

toujours très délicat. S'il est facile de limiter leur action en surface, il n'est pas aussi facile de la limiter en profondeur ; aussi a-t-on vu, à la suite d'applications trop largement faites, se produire des eschares étendues dont l'élimination fut suivie d'hémorrhagies les plus sérieuses. Allingham (1) notamment, chez une vieille femme fort affaiblie, dût recourir, pour arrêter le sang, à un tamponnement complet du rectum.

Aussi conseille-t-il de se servir le plus souvent que l'on pourra de l'acide phénique concentré, dont les applications répétées, même journalières, sont sans dangers. Ce caustique apporterait un soulagement momentané, mais l'effet produit ne serait point aussi durable que celui qui est obtenu soit par le nitrate acide de mercure, soit par l'acide nitrique.

Incisions, injections.

Ces procédés sont abandonnés. Les incisions exposent presque fatalement à des hémorrhagies sérieuses ; quant aux injections caustiques, elles sont si difficiles à manier qu'on ne peut y recourir sans dangers : trop concentrées, elles dépassent le but que l'on voudrait atteindre, trop faibles, elles sont sans effet, et, par tant, inutiles.

1. *Loc. cit.*

Excision.

L'excision totale au moyen de l'instrument tranchant a été préconisée par Ricord, (1853); ce procédé expose non seulement à des hémorrhagies immédiates et secondaires, mais encore à des accidents inflammatoires, à des abcès, à l'infection purulente.

Hey se contentait d'exciser le petit bourrelet muqueux qui forme en quelque sorte chemosis après la rentrée du prolapsus.

Malgaigne excisait plusieurs plis de la muqueuse dans le but de créer un rétrécissement du rectum.

Note. — Nous croyons utile de relater dans ce paragraphe de l'excision un cas fort intéressant de résection du rectum chez un enfant. Sans doute il s'agit d'un fait exceptionnel qui a nécessité une intervention radicale dont on trouvera rarement l'indication. Il n'offre que plus d'intérêt.

OBSERVATION III.

Prolapsus du rectum, irréductibilité, invagination. Résection du rectum. Guérison. Secheyron, interne.

Albert A..., 2 ans et demi est présenté le 28 mai à la consultation de l'hôpital St-Louis (service de M. le Dr Péan).

C'est un enfant chétif, malingre, sorti de nourrice il y a six mois. Prolapsus rectal léger depuis deux à trois mois.

Pendant ce laps de temps, trois fois le prolapsus est devenu considérable. La réduction en a été opérée par les parents.

Le prolapsus, reproduit depuis la veille au matin, mesure de 12 à 14 centimètres.

De l'anus sort un boudin d'un rouge vineux intense. Sa surface est ridée, surtout à la partie supérieure. La muqueusé, recouverte de mucosités, présente quelques points noirs disséminés.

L'extrémité inférieure présente un orifice circulaire.

Le boudin n'est pas réctiligne, mais offre la configuration de la courbe du rectum.

Allongement du prolapsus sous l'influence des cris.

Tentatives de réduction, même sous chloroforme, impossibles.

Opération. (1)— Le lendemain opération sous anesthésie chloroformique.

La partie prolabée est saisie et entourée à sa base d'un lien constricteur en caoutchouc, puis elle est tendue par 4 ou 5 petites pinces hémostatiques. Ainsi est formée une collerette de pinces au niveau de l'anus. De deux coups de ciseaux on divise verticalement jusqu'à deux centimètres de l'anus les parties prolabées; il suffit alors de donner un coup de ciseaux sur le lambeau antérieur et sur le postérieur pour réséquer le prolapsus.

Cette résection du lambeau permet de se rendre compte de l'invagination de l'S iliaque, dont l'extrémité inférieure a été comprise dans la résection transversale. A la coupe on voit donc à l'extérieur la section du rectum, à l'intérieur celle de l'S iliaque. Entre les deux se distingue le méso-colon sectionné.

1. Voir *Gaz. des hopitaux*, 5 mai 1889.

Des pinces hémostatiques permettent de fixer au rectum les parties correspondantes des tuniques de l'S iliaque excisé.

Les lèvres du rectum excisé sont ainsi mises en rapport avec les lèvres de l'S iliaque ; elles sont suturées au fil de soie de manière à obtenir un affrontement parfait des mêmes tuniques.

L'opération est pratiquée sans perte de sang ; la région anale paraît normale.

Lavage au sublimé et pansement iodoformé.

Il est recommandé à la mère de faire uriner l'enfant dans le décubitus dorsal.

Le matin l'enfant a pris deux gouttes de laudanum.

Suites. — Deux jours après, le succès paraît certain.

Pas de suppuration de la plaie. Pas de tendance au prolapsus.

Huit jours après, la guérison paraît définitive.

L'enfant n'ayant point été porté sur le registre de l'hôpital, nous ne pouvons malheureusement donner des renseignements sur les suites éloignées de l'opération.

Ligature. — La crainte des hémorrhagies que pouvait provoquer l'excision a engagé les chirurgiens à essayer la ligature.

Copeland passe un stylet à travers une portion de la tumeur et jetant une ligature derrière, il serre la portion de tumeur qui se trouve saisie dans l'anse du fil, puis il retire le stylet. Il recommande de faire le pincement aussi haut que possible en dedans de l'anus ; car plus on en sera éloigné, moins la douleur sera vive.

Liston passé une aiguille garnie d'un fil double à travers la tumeur et lie les deux moitiés isolément.

Blandin divise la partie prolabée en quatre parties et lie chacune d'elles successivement.

Au dire de Mollière, la ligature caustique à l'aide de l'enterotome de Dupuytren constituerait un excellent procédé opératoire.

Ces différents procédés, que nous ne citons que pour mémoire, sont généralement abandonnés et remplacés, dans le traitement du prolapsus invétéré, par une méthode peut-être plus appropriée au but que le chirurgien se propose dans ces cas : nous voulons parler de l'écrasement linéaire de Chassaignac. Ce procédé met à l'abri de l'hémorrhagie, mais expose presque fatalement, lorsque toute la tumeur est comprise dans la ligature, à un rétrécissement cicatriciel.

B. — *Procédés s'adressant à l'orifice anal.*

Procédé de Guersant. — Au moyen d'un petit cautère, de la forme de ceux qu'emploient les dentistes, il pratiquait aux quatre points cardinaux de l'orifice anal, à l'union de la peau et de la muqueuse, 4 boutons de feu intéressant le sphincter dans toute son épaisseur. Ce procédé qui, dans l'idée de son auteur, devait réveiller la contractilité musculaire du sphincter semblable, en réalité, n'agir qu'autant qu'il amène une rétraction des téguments et un rétrécissement consécutif à la formation de brides cicatricielles. Ce procédé,

d'ailleurs fort vanté des auteurs, a été l'objet des critiques de Bouchut, qui aurait vu dans certains cas les brûlures se transformer soit en fissures entraînant des douleurs de plusieurs semaines de durée, soit en ulcérations à bords indurés donnant un pus sanieux, que les médications les plus variées et les plus énergiques ne pouvaient améliorer.

Procédé de Dupuytren(1). — Pendant longtemps, Dupuytren pratiqua l'excision de quelques lambeaux de la muqueuse, mais la fréquence des hémorrhagies lui fit remplacer ce procédé par l'excision de la peau de la marge de l'anus. Armé d'une pince à mors plat, il saisissait successivement de 3 à 5 des plis rayonnés de l'anus, puis, avec des ciseaux courbes sur le plat, il les excisait en remontant le plus haut possible du côté de la muqueuse. Il produisait ainsi de petites pertes de substance, en forme de pépin de melon, qui, par leur cicatrisation, amenaient un rétrécissement de l'orifice anal.

Dans les cas les plus graves de chute du rectum, Curling excise à la façon de Dupuytren la peau et la membrane muqueuse au niveau de la marge de l'anus. Il fait ordinairement, de chaque côté du rectum, deux lambeaux proportionnés à la laxité des parties ; puis il rapproche les lèvres de la plaie à l'aide de points de suture dans le but d'arrêter les hémorrhagies et d'obtenir une plus prompte guérison. Lorsqu'on a fait

1. *Cliniq. chirurg.*, t. IV, p. 149.

usage des anesthésiques, on éprouve des difficultés à appliquer la suture ; car le sphincter excité par l'opération se contracte violemment, remonte et soustrait à la vue les parties malades. Les vaisseaux devront être liés avec le plus grand soin, de cette façon on évitera l'hémorrhagie interne.

Procédé de Robert (1). — Après avoir préparé le malade à une longue constipation, il pratique deux incisions qui, partant de la pointe du coccyx, vont en divergeant aboutir sur les côtés de l'anus. Le lambeau circonscrit par les deux incisions est disséqué profondément : la partie postérieure du sphincter anal est excisée et les deux lèvres de la plaie sont réunies par trois points de suture enchevillée.

Roux a proposé un procédé analogue à celui que nous venons de donner et qui nous a été décrit par son élève Frémy (2).

C. — *Procédés s'adressant aux portions prolubées et à l'orifice aval.*

Procédé de Duret. — En 1877, M. le professeur Duret publiait, sous forme de leçon clinique, en même temps

1. *Mémoire sur un nouveau moyen de remédier à la chute du rectum* (Mém. de l'Académie de médecine, Paris, 1843, p. 988).

2. *De la nature du périnée dans les cas de déchirure de cette partie et comme moyen de guérison de prolapsus du rectum.* (Thèse de Paris, 13 mai 1843).

que l'observation très détaillée et très complète d'un cas assez rare, le manuel opératoire d'un procédé auquel on pourrait, à son avis, donner le nom de recto-périnéorrhaphie postérieure.

OBSERVATION IV.

M. le Professeur Duret (1).

Prolapsus compliqué d'ulcère rebelle.

« Bonne santé toujours. Aucune affection diathésique personnelle ou héréditaire. Pas de maladie vénérienne avouée ; point de stigmate apparent de syphilis constitutionnelle. D'ailleurs le malade a été soumis à un traitement syphilitique très sérieux, et l'affection dont il est porteur n'a pas cessé néanmoins de progresser.

« Il y a trois ans, le malade s'aperçut qu'en allant à la garde-robe, après les efforts d'expulsion, le rectum sortait. Il était obligé de réduire le prolapsus, ce qu'il effectuait d'ailleurs très facilement. En même temps il se faisait par l'anus un écoulement glaireux, jaunâtre, qui empesait le linge. Il n'existait d'ailleurs aucune douleur, ni au moment de la défécation, ni pendant la journée.

« Le malade demeura deux ans dans cet état sans consulter de médecin, et continua son travail sans interruption ; depuis il fit plusieurs séjours à l'hôpital, sans être amélioré, malgré la thérapeutique la plus variée (acide borique, calomel, iodoforme appliqué topiquement, traitement iodo-mercuriel, cautérisation au thermo cautère).

1. *Bulletin des sciences médicales de Lille*, 21 janvier 1887.

Actuellement sa santé est satisfaisante, il n'y a ni amaigrissement, ni perte de force ; pas de toux, ni de tuberculose pulmonaire. Lorsque l'on fait coucher le malade dans la position genu-pectorale et que l'on pratique le toucher rectal, on constate que le sphincter externe est complètement relâché et permet aisément l'introduction de plusieurs doigts. En outre l'index introduit plus profondément ne sent pas le rebord du sphincter interne qu'on trouve chez les sujets normaux. Si on dit au malade de se contracter pour serrer les doigts, on sent un rebord musculaire peu tendu qui marque la limite supérieure du sphincter interne, lequel n'est donc pas totalement impuissant.

« Il n'y a pas d'incontinence de matières fécales ; mais quand le besoin d'aller à la selle se manifeste, le malade ne peut se retenir et est obligé de le satisfaire immédiatement. L'ampoule rectale est très spacieuse et ne contient aucune matière stercorale ; en poussant le doigt plus profondément on atteint les limites de l'ampoule rectale (sphincter de Nélaton) et l'extrémité du doigt se trouve modérément serrée par un anneau de fibres lisses.

Quand on prescrit au malade de faire des efforts d'expulsion, on constate l'issue par l'anus d'une tumeur cylindrique, rouge, violacée, de 8 centimètres de longueur ; son extrémité, un peu arrondi, est percée d'un orifice central qui conduit dans le segment supérieur du rectum ; à la face postérieure du cylindre prolabé on distingue une surface ulcérée assez régulièrement disposée en forme de triangle ; son sommet est dans l'ampoule rectale et sa base à l'anus ; la hauteur est de 6 à 7 centimètres, et la largeur de 5 à 6. L'ulcération débute au niveau même de l'anus, à l'endroit où la peau est remplacée par la muqueuse.

« Le fond de l'ulcère est blanc-grisâtre, parsemé de quelques bourgeons roses, de forme irrégulière, petits, disposés le long des faisceaux de fibres circulaires. L'ulcération se termine brusquement et fait place à la muqueuse saine, qui est limitée par un bord très net, à peine festonné, et par un liséré de 2 à 4 millimètres rosé qui se distingue de la couleur rouge vineuse de la muqueuse saine. L'ulcère ne creuse pas, mais s'étend d'une manière lente et progressive ; sa surface est à peine humide et les glaires rendues dans les selles sont dues à une inflammation catarrhale de la muqueuse voisine. En introduisant l'index dans l'orifice central, tandis que le pouce touche la surface de la tumeur, on constate entre les doigts une épaisseur de tissu de plus d'un millimètre, ce qui montre que toutes les tuniques rectales sont prolabées. D'ailleurs on peut pincer isolément la muqueuse, et constater qu'elle ne constitue pas à elle seule le prolapsus. Le malade qui nous occupe est donc atteint d'une double affection ; d'abord un prolapsus comprenant toutes les tuniques du rectum, et en outre un ulcère rebelle, lent, progressif, développé surtout au niveau de la face postérieure de l'ampoule rectale. Il s'agit probablement d'un ulcère lupoïde.

« *Manuel opératoire.* — Après avoir prescrit au malade de pousser, afin de reproduire le prolapsus rectal, la tumeur prolabée sera fixée au dehors avec des pinces de Museux, et on endormira le malade. On fera alors sur la paroi postérieure de l'ampoule rectale une incision en V dont la pointe sera tournée vers l'extrémité supérieure de l'ampoule et la base vers l'anus ; ces incisions au bistouri dépasseront la limite de l'ulcère, puis nous disséquons avec soin le lambeau de muqueuse jusqu'au voisinage de l'anus.

Cela fait nous exciserons au pourtour de l'anus toute la base adhérente du lambeau, en ne craignant pas d'intéresser les fibres du sphincter externe, qui sont d'ailleurs atrophiées. Les bords de la muqueuse alors avivée et saine seront affrontés et suturés avec des crins de Florence, en commençant par la pointe du V ; le tube rectal rentrera à mesure dans l'excavation. Enfin nous affronterons les lèvres cutanées correspondant à la portion de l'anus excisé, et nous ferons un certain nombre de sutures profondes, car il s'agit ici de rétrécir définitivement l'orifice aval.

« Le malade guérit complètement, sans accident et sans reproduction du prolapsus. L'examen histologique, fait par M. le professeur Augier, démontra qu'il s'agissait bien d'un ulcère lupoïde. »

Procédé du Dr Lange. — Chez un malade affecté depuis 20 ans d'une chute du rectum avec incontinence des matières fécales et l'atonie considérable des sphincters, le Dr Lange obtint un succès complet d'une méthode dont il est l'auteur et que nous trouvons dans le *Centralblatt für chirurgie* (n° 42, supplément, 1887, p. 791).

Nous donnons ici la traduction textuelle :

« L'opération entreprise par le Dr Lange (de New-York) avait pour but d'obtenir : 1° une diminution de calibre de l'intestin ; 2° la production d'un anneau musculaire capable de maintenir l'occlusion de l'intestin. Lange se basait sur cette considération que le muscle releveur de l'anus, et spécialement les fibres qui, venant des côtés, passent au voisinage de l'anus et se réunissent sur la ligne médiane, contribuent pour une bonne part à fermer l'orifice anal.

« Le malade prenant ses points d'appui sur les genoux et les coudes (pour éviter les hémorrhagies), on commença par pratiquer une incision depuis la partie inférieure du sacrum jusqu'à la paroi postérieure du rectum, puis le coccyx fut enlevé, afin de permettre d'arriver plus haut le long de la partie postérieure du rectum et, d'autre part, pour favoriser l'action du releveur de l'anus.

« La diminution du calibre du rectum fut obtenue par une série de sutures (au catgut) disposées en étage sur la ligne médiane et ne traversant pas la muqueuse intestinale. Ainsi fut obtenu un pli faisant saillie dans l'intestin. Les fibres musculaires du releveur de l'anus et du sphincter qui avaient été divisées, furent réunies par des sutures au catgut, ainsi que les lèvres de l'incision cutanée, sauf dans les points correspondants au coccyx, où furent appliquées des tampons. La guérison survint sans complications. Peu de semaines après l'opération, cessa l'incontinence des matières fécales, le prolapsus du rectum ne se reproduisit plus. On nota la profondeur plus grande de l'infundibulum anal, qui fut attribuée à l'action du releveur de l'anus. L'occlusion anale devint de plus en plus parfaite : l'introduction du doigt révélait une contraction musculaire énergique. »

Procédé de M. Verneuil. — Pendant le cours de cette année, au mois de mars ou d'avril, si nos données sont exactes, M. le professeur Verneuil fit à l'hôpital de la Pitié une clinique fort intéressante sur deux malades de son service qu'il opéra suivant un nouveau procédé. Malheureusement,

cette leçon est restée inédite jusqu'à ce jour et nous ne pouvons donner ici qu'un résumé sommaire du manuel opératoire.

Dans un premier temps, deux incisions sont pratiquées, qui, partant des deux côtés de l'orifice anal, vont se rejoindre en arrière, au niveau du coccyx, pour former un V. La dissection de toutes les parties comprises entre les deux incisions permet d'exciser la portion postérieure du sphincter de l'anus, ainsi que dans le procédé de Robert. La paroi de l'intestin qui regarde le sacrum se trouve donc dégagée et, pour ainsi dire, à portée de l'opérateur.

Dans un second temps, le rectum ainsi libéré est refoulé jusque dans la cavité pelvienne par des tractions exercées de bas en haut et d'avant en arrière, puis fixé sur les parties latérales.

Enfin, dans un troisième temps, les deux lèvres de la plaie sont réunies par plusieurs points de suture qui affrontent en même temps les parties profondes.

Ce procédé attaque, comme on le voit, le prolapsus dans ses manifestations essentielles, puisqu'il tend à remédier et à la mobilité des parties prolabées et à la dilatation de l'orifice anal qui résulte de l'atonie des sphincters.

Procédé de M. Jeannel. — Dans la séance de l'Académie de médecine du 9 avril 1889, M. le professeur Verneuil présentait une note de M. Jeannel sur un nouveau mode de traitement (1) du prolapsus rectal, appliqué sur une femme

1. *Gazette des hôpitaux*, 9 avril 1889.

ayant un prolapsus invaginé du rectum, saillant au-dehors de 10 cent., difficilement réductible et accompagné d'incontinence fécale, un prolapsus utérin, une cystocèle avec incontinence d'urine.

Voici les différents temps de ce procédé :

« 1^o Recherche de l'S iliaque par l'incision de Littre et réduction à l'aide de tractions exercées de bas en haut sur le colon ; colopexie ou fixation du colon à la paroi abdominale, en exécutant rigoureusement le premier temps de la colotomie iliaque en deux temps ; la portion du colon fut choisie aussi rapprochée que possible de l'anus.

« 2^o Deuxième temps de la colotomie, c'est-à-dire ouverture du colon pour la création d'un anus artificiel temporaire ;

« 3^o Plus tard, lorsque l'opéré sera reposé de ces deux premiers actes, électrisation du sphincter, du releveur de l'anus et du rectum pour chercher à prévenir l'incontinence fécale future.

« 4^o Plus tard, si l'anus ne se refermait pas tout seul, on fermerait l'anus par une opération autoplastique.

« La malade fut opérée le 6 février ; le 4 avril, elle se porte très bien, rend des matières par ses deux anus ; son prolapsus est guéri et son anus artificiel notablement rétréci. Le moment approche où l'on songera à la fermeture de l'anus. »

Note. — A la date du 11 juin la malade continuait à bien se porter ; le prolapsus ne s'était point reproduit.

CONCLUSION

Le prolapsus du rectum diffère, au point de vue du pronostic et du traitement, chez l'enfant et chez l'adulte.

I. — Chez l'enfant c'est un accident qui ne présente pas de gravité. — Les lavements froids, les douches ascendantes, l'œuf de glace de Diday, l'application d'un simple bandage en T, après réduction suffisent ordinairement à en empêcher le retour.

II. — Chez l'adulte, et surtout chez le vieillard, le pronostic est parfois sérieux tant par la difficulté de la guérison que par les complications qui peuvent survenir (irréductibilité, étranglement). — L'ergotine, la cautérisation par le fer ou les acides restent souvent sans résultat. — Dans les cas d'irréductibilité et d'étranglement, et alors que tous les autres moyens habituels de traitement auront échoué, le chirurgien pourrait recourir à l'un des procédés opératoires nouveaux que nous avons réunis dans ce travail.

Vu par le doyen :
BROUARDEL

Vu par le président de la thèse :
TRÉLAT

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le vice-Recteur, l'Inspecteur de l'Académie.
LÉON ROBERT

